FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE BORDEAUX

ANNÉE 1894 — 1895 N° 82.

HERNIES DE LA VESSIE

A TRAVERS L'URÈTHRE

THÈSE

POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue publiquement le 5 Juillet 1895

PAR

Paul-Joseph VARY dit FARVACQUE

Né le 13 Décembre 1870, à Lorient (Morbihan).

Examinateurs de la Thèse..	MM. PIÉCHAUD	professeur,	*Président*
	BOURSIER	professeur,	*Juges*
	POUSSON	agrégé	*Juges*
	VILLAR	agrégé	*Juges*

Le Candidat répondra à toutes les questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical

BORDEAUX
IMPRIMERIE DU MIDI, P. CASSIGNOL
91, RUE PORTE-DIJEAUX, 91
—
1895

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE BORDEAUX

ANNÉE 1894 — 1895 N° 82.

HERNIES DE LA VESSIE

A TRAVERS L'URÈTHRE

THÈSE

POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue publiquement le 5 Juillet 1895

PAR

Paul-Joseph VARY dit FARVACQUE

Né le 13 Décembre 1870, à Lorient (Morbihan).

Examinateurs de la Thèse..	MM.	PIÉCHAUD	professeur,	*Président*
		BOURSIER	professeur,	*Juges*
		POUSSON	agrégé	
		VILLAR	agrégé	

Le Candidat répondra à toutes les questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical

BORDEAUX
IMPRIMERIE DU MIDI, P. CASSIGNOL
91, RUE PORTE-DIJEAUX, 91
—
1895

Faculté de Médecine et de Pharmacie de Bordeaux

M. PITRES..... Doyen.

PROFESSEURS

M. MICÉ.....
AZAM..... } Professeurs honoraires

	Messieurs
Clinique interne	PICOT. PITRES.
Clinique externe	DEMONS. LANELONGUE.
Pathologie interne	DUPUY.
Pathologie et thérapeutique générales	VERGELY.
Thérapeutique	ARNOZAN.
Médecine opératoire	MASSE.
Clinique d'accouchements	MOUSSOUS.
Anatomie pathologique	COYNE.
Anatomie	BOUCHARD.
Anatomie générale et Histologie	VIAULT.
Physiologie	JOLYET.
Hygiène	LAYET.
Médecine légale	MORACHE.
Physique	BERGONIE.
Chimie	BLAREZ.
Histoire naturelle	GUILLAUD.
Pharmacie	FIGUIER.
Matière médicale	de NABIAS
Médecine expérimentale	FERRE.
Clinique ophtalmologique	BADAL.
Clinique des maladies chirurgicales des enfants	PIÉCHAUD.
Clinique gynécologique	BOURSIER.

AGRÉGÉS EN EXERCICE

SECTION DE MÉDECINE	
Pathologie interne et Médecine légale	MOUSSOUS. DUBREUILH. MESNARD. CASSAET. AUCHE.
SECTION DE CHIRURGIE ET ACCOUCHEMENTS	
Pathologie externe	POUSSON. DENUCE. VILLAR.
Accouchements	RIVIÈRE. CHAMBRELENT.
SECTION DES SCIENCES ANATOMIQUES ET PHYSIOLOGIQUES	
Anatomie et Physiologie	PRINCETEAU. N.
Histoire naturelle	N.
SECTION DES SCIENCES PHYSIQUES	
Physique	SIGALAS.
Chimie et Toxicologie	DENIGES.
Pharmacie	BARTHE.

COURS COMPLÉMENTAIRES

Clinique int. des enf.	MM. MOUSSOUS	Maladies mentales	MM. RÉGIS.
Clinique des maladies syphilitiques et cutanées	DUBREUILH	Pathologie externe	DENUCE
Cliniq. des maladies des voies urin.	POUSSON	Accouchements	RIVIÈRE
Mal. du larynx, des oreilles et du nez	MOURE	Chimie	DENIGÈS
		Zoologie	BEILLE

Le Secrétaire de la Faculté : LEMAIRE.

Par délibération du 5 août 1879, la Faculté a arrêté que les opinions émises dans les Thèses qui lui sont présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner ni approbation ni improbation.

A MES PARENTS

A MONSIEUR LE DOCTEUR LAGRANGE

PROFESSEUR AGRÉGÉ A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE BORDEAUX

MÉDECIN OCULISTE A L'HOPITAL DES ENFANTS

OFFICIER D'ACADÉMIE

A MONSIEUR LE DOCTEUR POUSSON

PROFESSEUR AGRÉGÉ A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE BORDEAUX

CHIRURGIEN DE L'HOPITAL DES ENFANTS

OFFICIER D'ACADÉMIE

A MM. LES D^RS DURET GUERMOMPREZ & ROGIE

PROFESSEURS DE LA FACULTÉ LIBRE DE LILLE

A mon Président de Thèse

MONSIEUR LE DOCTEUR PIÉCHAUD

PROFESSEUR A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE BORDEAUX

CHIRURGIEN A L'HOPITAL DES ENFANTS

OFFICIER D'ACADÉMIE

Parmi tant de maîtres dont nous avons eu l'avantage d'écouter les leçons à la Faculté de Bordeaux, plusieurs nous ont témoigné un intérêt dont nous tenons à les remercier plus spécialement.

Nos plus vifs remercîments d'abord à M. le professeur Piéchaud, pour l'honneur qu'il nous fait en acceptant de présider notre thèse. Nous lui devions déjà beaucoup pour les précieuses notions que nous avons acquises, soit dans son service, soit dans le cours de ses brillantes cliniques.

Nous voulons dire surtout à M. le professeur agrégé Lagrange la vive reconnaissance que nous lui gardons. Il n'a pas été seulement pour nous un maître éminent, il nous a encore témoigné une vive sollicitude, il a bien voulu même nous accorder sa confiance.

Enfin nous ne saurions oublier MM. les professeurs Pousson et Dubreuilh, le premier à cause du service qu'il nous a rendu en nous aidant à écrire notre thèse, le second pour l'accueil bienveillant que nous avons toujours reçu de lui.

HERNIES DE LA VESSIE

A TRAVERS L'URÈTHRE

HISTORIQUE

L'historique de notre sujet se réduit à fort peu de chose. On pourrait même dire que notre sujet n'a pas d'histoire.

Voici comment s'exprime le *Dictionnaire encyclopédique des sciences médicales* :

« La hernie de la vessie à travers l'urèthre n'a encore été en France l'objet d'aucun travail d'ensemble. L'affection est caractérisée par l'existence dans le canal de l'urèthre ou en avant d'une tumeur, d'un volume variant de celui d'un œuf de pigeon à celui d'un œuf de poule, arrondie ou plissée, parfois d'apparence granuleuse. En arrière d'elle, sont quelquefois deux ouvertures livrant passage à l'urine et aux sondes. Cette tumeur se laisse généralement réduire sans difficultés. L'urèthre est plus ou moins dilaté et permet d'introduire le doigt dans la vessie.

» Trois causes contribuent à l'engagement de la paroi vésicale dans l'urèthre.

» 1° Pression de haut en bas.

» 2° Une certaine laxité de la paroi vésicale.

» 3° Un certain degré de dilatation de l'urèthre.

» La pression est le plus souvent produite soit par l'augmentation de la tension abdominale, soit par la répéltion de l's iliaque ou du cœcum, soit par l'utérus. Le développement de cette hernie peut-être graduel ; il peut aussi se faire spontanément quand la paroi est attirée dans l'urèthre à la suite d'une tumeur pédiculisée, ou quand sous l'influence d'une chute, la vessie est entraînée en même temps que le vagin et le rectum. »

La hernie de la muqueuse, on le voit, n'est même pas signalée.

Gosselin, dans son *Traité de chirurgie*, considère l'inversion de la vessie comme extrêmement rare. Il n'existerait, d'après lui, que sept cas authentiques d'une pareille affection.

L'inversion, ajoute-t-il, ne se rencontre que chez la femme. Elle est généralement partielle, presque jamais complète.

Boyer (1), vers la fin du siècle dernier, signale les observations de Hoin, de de Haën, de Solingen, mais il n'étudie pas la question.

Les déplacements de la vessie n'avaient donc jamais été l'objet d'une étude complète, lorsque, en 1892, M. le professeur Pousson eut l'occasion de voir une malade, chez laquelle une tumeur molle, réductible et bosselée paraissait au méat. D'abord assez perplexe, il diagnostiqua un renversement de la vessie, ayant fait hernie à travers l'urèthre.

(1) Aoyer. — *Traité des maladies chirurgicales.*

Le cas l'intéressant, il chercha toutes les observations qui se rapportaient à des faits du même genre. Il fut étonné d'en trouver un assez grand nombre, et pensa qu'il était possible, en analysant avec soin ces observations, de faire une étude assez complète, sur un sujet jusqu'alors négligé.

Après s'être occupé lui-même de la question, M. le professeur Pousson voulut bien nous engager à la traiter. Il nous fournit la plus grande partie de la bibliographie, plusieurs observations personnelles, et le meilleur de notre travail.

On peut diviser toutes les observations que nous avons récueillies en deux grandes classes :

1° Celles qui relatent des inversions de la vessie;

2° Celles qui signalent de simples renversements de la muqueuse vésicale.

Nous nous bornerons cependant à citer les observations d'après leur ancienneté.

Nous chercherons ensuite à bien montrer la différence des cas qu'elles rapportent, à établir la symptomatologie des deux affections qui nous occupent, à en discuter la pathogénie et à donner le moyen d'en faire le diagnostic. Nous examinerons enfin les divers modes de traitement qu'on a proposés.

L'observation la plus ancienne est celle de Solingen, rapportée par Hoin (1), dans son *Traité de chirurgie.*

Observation de Solingen

Le cas avait été observé par Solingen, en 1676. Les détails sont incomplets, mais il s'agit à n'en pas douter d'un renversement de la

(1) Hoin. — *Observ. de mulier et infant chirurgi*, p. 741.

muqueuse vésicale. L'auteur, en effet, parle d'un renversement de la membrane interne du col de la vessie par l'orifice externe de l'urèthre. Il l'aurait guéri par l'emploi d'une bougie particulière tenue sans doute à demeure.

La seconde observation date de 1756. Elle est rapporté par de Haen, de Vienne (1).

Observation de De Haen

La malade avait trente-cinq ans. Dix-sept ans auparavant, cette femme avait fait, sur la glace, une chute violente, alors qu'elle était pesamment chargée. Elle ressentit aussitôt comme quelque chose qui tombait du côté des parties génitales. Pendant quatre ans, elle se plaint de gênes passagères. A cette époque, nouvelle chute, douleur violente et bruit dans son ventre. En même temps, sensation de deux corps qui venaient de s'échapper ensemble du sinus propre à son sexe. Un chirurgien examinant la malade, vit en effet, qu'il existait à l'entrée du vagin un corps dur, ayant le volume d'un œuf de pigeon, et un autre plus petit, mou, et descendant sur le premier. Ces deux tumeurs, non réduites, augmentèrent un peu de volume pendant quatre années. A cette époque, il se forma une nouvelle tumeur, placée au devant du vagin, plus haut que le clitoris, et dont l'évolution s'accompagna de rétention d'urine, d'inflammation et de suppuration. L'abcès s'ouvrit et l'urine s'écoula, en entraînant une pierre de la grosseur d'un pois.

Un an et demi après, nouvelles douleurs et extraction par la malade

(1) De Haen. — *Ratio mendendi in nosomico pratico part*, t. I, ch. VII.

elle-même d'une autre pierre. Cette pierre, une fois entraînée, il apparut aussitôt, à l'endroit d'où elle était sortie, une petite tumeur rouge, qui ressemblait à une vessie, à une poche. Quand la malade était au chaud et qu'elle se reposait, la tumeur était molle, mais si elle bougeait ou bien si elle avait froid, la tumeur devenait dure. La malade urinait facilement tant que cette espèce de tumeur était affaissée, mais l'urine ne coulait que goutte à goutte, tant que la poche restait dure et gonflée. Outre ces accidents du côté des organes génito-urinaires, cette femme avait encore une chute du rectum. De Haen, ayant examiné la patiente, ne put rien établir de certain sur la nature de la tumeur, mais voici les descriptions qu'il en donne :

« Le plus gros corps était dur, épais, long de trois pouces, large de deux et demi. Le plus petit était mou, flasque parfois et affaissé. Il avait à peine un pouce de diamètre. Il était placé immédiatement à la partie antérieure des grandes lèvres et adhérent à l'autre corps, auprès d'un enfoncement qu'il s'était creusé sur ce dernier et le long duquel s'écoulait l'urine qui venait de dessous la petite tumeur. Je vis, au sommet de la plus grosse, l'espèce d'ouverture oblongue, par laquelle la malade avait toujours observé que ses règles fluaient. Il en sortit une grande quantité de pus. »

La malade ayant succombé, voici ce que l'on constata à l'autopsie :

Dilatation énorme de l'estomac. Cœcum presque tout entier dans le bassin. Intestin divisé en deux portions : l'une dans la cavité du ventre, l'autre dans la grosse tumeur pendante aux parties génitales. L'utérus et tous ses annexes étaient dans leur situation normale. La vessie urinaire paraissait manquer. En portant le doigt derrière la symphise pubienne, on le conduisait dans une poche placée hors du ventre et appartenant à la petite tumeur. Le péritoine tapissait ces deux poches du côté du ventre. Il y avait à la partie extérieure de la première tumeur, en avant et en haut, une cavité proportionnée à la concavité de la

seconde tumeur qui y était appliquée. Les uretères avaient chacun le volume de la moitié du doigt. Le lait qu'on y injectait se faisait jour dans le fond de la cavité creusée sur la grosse tumeur et au-dessous de la petite. On faisait facilement remonter celle-ci dans le bassin, quand on tirait vers le haut le péritoine qui lui était attaché, mais l'endroit par où on l'avait vu sortir ne suivait pas.

D'après de Haen, lors de sa dernière chute, la malade aurait eu un déchirement des adhérences naturelles du vagin surtout avec le rectum, et on ne peut pas douter, suivant lui, que le malade en faisant avec violence l'extraction de la seconde pierre n'ait déterminé le renversement complet de la vessie, déjà tombée dans l'urèthre. Le même viscère renversé de la sorte formait par une de ses portions la petite tumeur qui, de concert avec l'acrimonie de l'urine, avait causé par la compression sur la grosse l'enfoncement qu'on y remarquait. Mais la portion la plus considérable de la vessie renversée avait contracté des adhérences avec la tumeur principale à l'endroit de cette cavité puisque les uretères s'y trouvaient.

Nous ne citons que pour mémoire le cas de Hoin (1). Il nous semble assez douteux et ne donne que peu de détails. L'observation date de 1768.

Observation de Hoin

« Je connais, dit Hoin, une fille de vingt-cinq ans, habitant Dijon, qui est souvent incommodée de rétention d'urine, et dont la membrane interne du col de la vessie s'échappa l'année dernière par l'orifice

(1) Hoin. — *Essai sur les Hernies*, p. 342. Paris, 1768.

externe de l'urèthre Cette tunique renversée formait au dehors une tumeur allongée à peu près du volume et de la forme de la troisième phalange du petit doigt. Elle avait paru à la suite de violents efforts que la malade avait fait pour uriner. Elle resta plusieurs jours dans la même situation et se rétablit d'elle-même à sa place naturelle. »

Observation de Levret

En 1773, Levret eut l'occasion de faire l'autopsie d'une femme chez laquelle l'antéversion de la vessie avait déterminé une hernie de toutes les parois vésicales. Cette femme était morte à la suite d'une taille qui avait été faite pour la délivrer d'une pierre qu'on supposait chatonnée dans la vessie. On trouva la matrice située en travers dans le bassin. Le museau de tanche appuyait sur le rectum et le haut de la partie antérieure de son corps sur le bas-fond de la vessie faisant une bosse au devant de cet organe en y repoussant ses tuniques. Cette bosse avait été prise du vivant de la malade pour une pierre enchatonnée qu'on ne pouvait toucher avec la sonde. Levret interrogea les assistants. Il apprit que la malade en question était âgée de trente ans, qu'elle n'avait jamais été bien réglée et n'avait jamais eu d'enfants. Dix ans auparavant, elle avait fait une violente chute sur les genoux. Depuis elle se plaignait d'uriner très difficilement. Elle souffrait pour aller à la selle. Plusieurs fois on l'avait cru enceinte. C'étaient seulement des douleurs qu'elle ressentait dans le bas-ventre, surtout quand elle était debout, qui avaient été prises pour les symptômes de la grossesse.

L'attention de Levret était attirée sur ces faits; il eut l'occasion dans la suite d'observer deux cas analogues dans les-

quels une dépression du bas-fond de la vessie fut prise pour des calculs par des confrères cependant fort expérimentés.

Observation de Percy (1).

Une des observations les plus intéressantes et les plus complètes d'inversion de la vessie est celle de Percy. Elle remonte au siècle dernier.

Une abbesse, âgée de cinquante-deux ans, d'un embonpoint excessif et sujette à une toux habituelle, commença en 1785 à ressentir des difficultés pour uriner et une vive douleur à la région du pubis. Ces douleurs durèrent plusieurs semaines. Après quelques mois de calme, ces accidents reparurent et la dysurie se changea tout à coup en une ischurie parfaite. Un chirurgien sonda la malade avec beaucoup de peine et ne lui tira que très peu d'urine. Pourtant la malade n'avait pas uriné depuis près de six heures. Elle apprit à se servir elle-même de la sonde et pendant deux ans elle se soulagea seule toutes les fois qu'elle ressentit le retour de l'ischurie. Souvent il lui suffit de se coucher sur le dos les cuisses un peu fléchies pour uriner avec facilité. Elle s'apercevait alors d'un mouvement particulier dans la région de la vessie. Après ce mouvement, elle était sûre de sentir les urines s'écouler. Lorsque ce mouvement n'avait point lieu, elle recourait à la sonde et faisait rentrer une petite tumeur molle de la grosseur d'une noisette. Tant que la tumeur ne rentrait pas, les douleurs étaient très aiguës, mais dès qu'elle était rentrée, la vessie se vidait et le calme renaissait. Il est arrivé

(1) Percy. — *In Traité des maladies chirurgicales,* de Boyer, t. IX, p. 86.

plusieurs fois que la rentrée subite de la tumeur a rendu inutile l'usage de la sonde. Les urines s'écoulaient aussitôt, mais le plus souvent l'usage de la sonde achevait de la pousser en dedans, et alors la malade urinait sans difficulté.

M. Percy a vu cette malade dans le temps où la tumeur sortie du méat urinaire empêchait depuis douze heures tout écoulement d'urine. Cette tumeur paraissait en dehors, comme une masse de chair, du volume d'un œuf de pigeon. Elle était rouge, inégalement boursoufflée, sillonnée en travers, assez résistante et médiocrement sensible. On pouvait juger à sa fermeté, à ses rugosités transversales, à son élasticité que c'était une poche formée par une portion de la vessie. Cette poche rentrait d'elle-même, ou bien lorsqu'elle était repoussée par le doigt ou par la sonde. M. Percy apprit de la malade, que toutes les fois qu'elle a eu le courage de souffrir pendant vingt-quatre heures les effets de la rétention d'urine, la rentrée de cette tumeur se préparait peu à peu, puis s'achevait tout à coup avec bruit et qu'ensuite les urines s'écoulaient involontairement avec plus ou moins d'abondance. M. Percy regarda la tumeur comme le produit d'une procidence, d'un renversement ou d'une introversion des parois du fond ou du sommet de la vessie dans l'urèthre, procidence déterminée par la gravitation, la pression des intestins et les secousses de la toux. Il pensa que l'urine parvenue dans la vessie, s'accumulait à la longue et déployant les parois de ce viscère, devait rappeler en dedans la tumeur, l'effacer, et délivrer ainsi l'urèthre de l'espèce de bouchon qui l'empêchait de donner issue à ce liquide. Pour s'assurer encore mieux de la nature de cette tumeur, il la palpa quelques instants avant de la faire rentrer. Ayant ensuite tenté de la réduire, il la sentit s'échapper de dessous ses doigts comme si une force cachée l'eût attirée en dedans de la vessie. Elle ne fut pas plutôt rentrée, que l'urine s'échappa à flots et avec un sifflement, ce qui mit fin aux douleurs de la malade. Il lui conseilla de tenir dans la vessie

une sonde en gomme élastique longue de trois pouces, de cinq lignes de diamètre et suffisamment assujettie au dehors. Cette abbesse suivit ce conseil et ne fut plus exposée à cette tumeur qu'une seule fois. Ayant voulu se mettre à genoux, la sonde chassée de l'urèthre laissa sortir, mais pour un instant, une portion de la vessie. Une tumeur fongueuse née du fond du cul-de-sac de la vessie et qui se présenterait en partie hors de l'urèthre, pourrait offrir quelque ressemblance avec la maladie qui vient d'être décrite; mais pour peu qu'on examine l'ensemble des phénomènes produits par l'une et par l'autre, on sera à l'abri de toute erreur de diagnostic.

Nous avons cité au début de ce travail quelques lignes du *Dictionnaire de chirurgie* consacrées à la description sommaire des hernies de la vessie à travers l'urèthre. « Il est à peine besoin d'ajouter, disait le dictionnaire, qu'une pareille affection n'a jamais été signalée chez l'homme. » La longueur de l'urèthre, l'étroitesse de son diamètre chez l'homme, empêchent évidemment la vessie de venir, comme chez la femme, faire saillie à l'extérieur et se présenter sous l'aspect d'une tumeur rouge framboisée le plus souvent réductible. Mais la vessie peut aussi chez l'homme faire une sorte de hernie; hernie incomplète si l'on veut, dans laquelle la paroi postérieure de la vessie peut, pressée par les intestins ou les matières fécales durcies, venir s'appliquer sur le col de la vessie et en imposer parfois pour une pierre. Dans ce cas, les symptômes du renversement de la vessie sont à peu près identiques aux symptômes de la pierre.

Observation de Foubert (1)

Foubert fut un jour appelé par un ancien officier qui avait une rétention d'urine à laquelle il était sujet depuis plusieurs années. Il lui retira par la sonde plusieurs pintes d'urine, et malgré tous les soins que lui pratiqua cet habile chirurgien, il mourut quelques jours après.

A l'autopsie, Foubert découvrit que la vessie formait, dans sa partie supérieure et postérieure, un enfoncement en forme de cône. Les parois de cette poche urinaire se portaient en dedans. Une portion de l'iléon, d'un demi pied environ de longueur, se trouva logée dans cet enfoncement, et en ouvrant la vessie, il reconnut que la pointe du cône s'avançait jusqu'à son col, ce qui en avait imposé pour une pierre aux chirurgiens qui avaient sondé le malade.

Boyer cite encore une autre inversion de la vessie, observée par Rutty, chez un homme de cinquante ans.

Observation de Rutty (2)

Cet homme avait dans la vessie des symptômes de pierre. On le sonda, et on fut persuadé qu'il avait réellement une pierre. Après sa mort on s'aperçut de l'erreur. La vessie ne contenait aucun corps étranger. La dureté qu'on y avait sentie avec la sonde dépendait d'un amas d'excréments durcis dans le cœcum, qui avaient distendu cet intestin et

(1) Foubert. — In *Traité des maladies chirurgicales,* de Boyer.
(2) Rutty. — In *Traité des maladies chirurgicales,* de Boyer.

l'avaient poussé contre la vessie, de sorte que leur pression sur le fond de ce viscère causait les symptômes qui simulaient les symptômes de la pierre.

L'inversion de la vessie a souvent été confondue avec la pierre ; c'est un des points sur lesquels nous insisterons à propos du diagnostic.

Observation de Levret (1)

Levret a vu faire à une femme l'opération de la taille, dans le but de la délivrer d'une pierre que l'on croyait enchatonnée dans la vessie. Elle avait la plupart des symptômes des pierreux. L'opération montra qu'il n'y avait pas de pierre dans la vessie. Le corps qu'on avait senti avec la sonde, était la matrice inclinée en avant, et qui avait enfoncé la partie postérieure et inférieure de la vessie, de manière à faire une bosse en dedans de ce viscère.

Les observations suivantes qui sont plus récentes, sont plus complètes et plus instructives.

Observation de Patron (2)

Mlle Thérèse D..., quatorze ans, de tempérament bilieux et de constitution robuste, n'a eu dans son enfance que la rougeole, une coqueluche grave, plus une chute qu'elle fit des bras de sa mère. Il y a deux ans,

(1) Levret. — In *Traité des maladies chirurgicales*, de Boyer.
(2) Patron.— *Archives de médecine*, 1857, série V. p. 689.

elle commença à souffrir d'une difficulté d'uriner ; la miction était fréquente, et en petite quantité, elle ne se faisait jamais d'une manière continue. Le jet s'interrompait souvent pour reprendre de nouveau quelques secondes après. En plusieurs occasions elle a rendu quelques gouttes de sang. Cette fille éprouvait au méat une démangeaison incommodê en urinant; surtout quand elle avait marché plus que d'habitude, il lui survenait une douleur assez vive au flanc droit. Cette douleur s'étendait bientôt aux deux régions lombaires. Il y avait plus d'un an que cet état la tourmentait, lorsqu'un jour en rendant ses urines avec les souffrances habituelles, elle vit apparaître entre les grandes lèvres, une tumeur rouge de la grosseur d'un cœur de poule tout au plus, qui gênait considérablement l'émission urinaire. Deux heures après la sortie, la tumeur disparaît spontanément. Dans l'espace d'un mois, cette tumeur sortit à trois ou quatre reprises, et chacune de ces sorties s'accompagna de difficultés pour uriner, de frissons et de fièvre, tous ces phénomènes cessant après sa réduction spontanée. Les symptômes douloureux allant en s'aggravant à chaque issue de la tumeur, Patron fut appelé et fit, au cours d'une de ces crises plus violente que les autres, les constatations suivantes :

« Je trouve entre les grandes lèvres au niveau du méat urinaire' qu'elle cache par sa présence, une tumeur globulaire de la grosseur d'une noix, d'un rouge foncé, saignante, lisse à sa surface et veloutée, semblable par son aspect à une hémorrhoïde interne enflée. Elle est résistante au toucher, semi-transparente, et peut se flétrir quand on la presse. En continuant les tentatives de réduction on la faisait complètement rentrer dans la vessie sans causer de trop vives douleurs. La tumeur une fois réduite j'introduis une sonde qui donne issue à une grande quantité d'urine, la malade n'ayant pas uriné toute la nuit. »

Patron n'ayant rien trouvé dans la vessie, diagnostiqua un renversement de la muqueuse vésicale, et prescrivit des lotions astringentes et des onctions belladonées. Ce traitement n'amena aucun soulagement. La

tumeur arriva à sortir à presque toutes les mictions. Il en résultait de grandes difficultés, dans l'émission des urines et des douleurs intenses. L'état général devint même grave.

Patron ayant examiné plus complètement sa malade, résume ainsi ce nouvel examen :

« Je trouvais en la déjetant d'un côté qu'elle était pédiculée et que son pédicule était entouré par le méat urinaire dont il occupait le centre. L'on pouvait facilement passer une sonde de femme entre les parois du canal et le prolongement d'origine de la tumeur. Cette sonde parvenait sans obstacle au col vésical, et l'on pouvait aisément lui faire parcourir toute la circonférence du pédicule et dans toute l'étendue du canal, sans que rien ne l'arrêtât. En introduisant un stylet boutonné dans le vagin pendant que la sonde était dans l'urèthre, la tumeur étant réduite parfois, étant sortie d'autres fois, je ne pus rien découvrir d'anormal dans ce conduit et je restai persuadé de l'exactitude de mon diagnostic. J'en conclus que la tumeur avait un long pédicule n'adhérant à aucun point des parois uréthrales et qu'il prenait origine dans l'intérieur de la vessie. »

Après avoir conseillé à la malade de se sonder et de repousser la tumeur avec la sonde toutes les fois qu'elle voudrait uriner ; après avoir essayé des cautérisations du col au nitrate d'argent, comme une amélioration ne s'était pas manifestée et que l'état de la malade s'aggravait, à la suite de céphalalgies, d'accès de fièvre, de douleurs lombaires, Patron se décida à entourer le pédicule à l'aide d'un nœud très serré qui amena la mortification des tissus. La malade fut guérie, ne conservant de son ancienne maladie qu'un canal plus large et le souvenir de ses souffrances.

Observation de Lowe (1)

« Le cas suivant, dit Lowe, me paraît valoir la peine d'être rapporté surtout à cause de l'intervention et des résultats excellents qu'elle a donnés. M... A... H... est âgée de deux ans et demi, c'est une jolie enfant bien portante, mais très nerveuse. Elle a été admise à l'hôpital de Norfolk and Lind, le 10 nov 1859. A l'examen on trouve une tumeur d'aspect vasculaire, du volume d'une grosse noix et qui siégeait en avant des grosses lèvres. Quand la petite malade criait, la tumeur devenait plus rouge et augmentait de volume d'une manière considérable. En même apparaissait un jet d'urine. Un examen attentif nous fit voir que la masse siégeait à l'orifice de l'urèthre. L'index put même entrer facilement dans la vessie. Je n'eus donc aucune peine à diagnostiquer une inversion de la vessie.

L'interrogatoire de la mère nous apprit que la fillette avait été sujette depuis sa naissance à l'incontinence d'urine. Deux ou trois jours après sa naissance, on avait observé une petite masse qui sortait quand l'enfant criait ou faisait quelque effort. Chaque effort était accompagné d'un jet d'urine. Cette incontinence mettait l'enfant dans un état pitoyable. Les cuisses et la vulve étaient tout excoriées. La vulve même était tuméfiée, indurée, couverte de pustules nombreuses. Jusqu'à l'âge de deux ans la tumeur était toujours rentrée aussi facilement qu'elle était sortie. Mais dernièrement elle ne se réduisit plus et resta toujours plus ou moins procidente.

Après avoir songé aux divers moyens qui pouvaient m'offrir des chances d'améliorer une situation aussi déplorable, je résolus de recourir

(1) Lowe. — *The Lancet*, 8 mars 1862.

à la cautérisation qui me semblait être le meilleur moyen de retrécir le canal de l'urèthre et d'empêcher ainsi la hernie de la vessie.

En conséquence, après avoir chloroformé la malade, je refoulais la vessie dans le bassin et je la maintenais avec deux stylets qui servaient à écarter les bords du canal de l'urèthre. Un petit cathéter recourbé muni d'une boule à son extrémité et que j'avais fait construire tout exprès auparavant fut introduit et laissé à demeure dans la vessie. La malade fut alors portée à son lit. Aucun symptôme général ne s'en suivit, mais l'enfant éprouvait une très vive douleur au passage de l'urine.

Le 17 novembre, un lambeau de tissu mortifié se détacha, la malade pouvait retenir quatre onces d'urine, quand elle était dans le décubitus dorsal.

Le 1er décembre, le cathéter ayant été enlevé on le trouve recouvert d'une épaisse couche de phosphate de chaux. Le canal de l'urèthre s'était sensiblement rétréci. Au bout d'un mois, pendant lequel il y avait eu un suintement presque continuel d'urine, l'enfant pouvait par moment garder plusieurs onces d'urine. On fit alors une seconde cautérisation, la même amélioration manifeste s'en suivit. L'enfant devint plus propre. Elle put être mieux tenue. Les excoriations disparurent presque complètement, les pustules guérirent.

La cautérisation fut faite encore trois fois à de longs intervalles (cinq cautérisations en tout). L'urèthre diminua beaucoup de calibre. Il ne pouvait plus admettre qu'une sonde n° 4.

L'urine s'échappait seulement quand l'enfant pleurait ou se débattait. Après avoir été en traitement pendant onze mois l'enfant partit. Durant les derniers temps de son séjour à l'hôpital elle n'était d'ailleurs plus malade. J'ai su depuis qu'elle continuait à se bien porter, et qu'il ne reste plus la moindre apparence de prolapsus de la vessie.

En même temps qu'il donne les détails si complets sur la

manière dont il intervint, Lowe signale les difficultés de diagnostic qui peuvent se présenter. Il cite un cas du même genre que le sien, qui aurait été mal interprété par le médecin dont l'intervention aurait été funeste au malade si Crosse n'était venu, par hasard, éclairer le diagnostic.

La malade était âgée de trois ans. Elle portait une tumeur sur laquelle un chirurgien se disposait à poser une ligature quand Crosse, qui se trouvait présent à l'opération, découvrit une ouverture qu'il pensa de suite être l'uretère. L'intervention fut aussitôt différée; une pression énergique fit revenir la vessie à sa position naturelle et l'enfant fut ainsi sauvée d'une mort certaine. Le rapport ajoute que le prolapsus de la vessie ne se reproduisit plus et que la malade parvint à l'âge adulte sans autre gêne qu'une continuelle incontinence d'urine.

Crosse a observé lui-même une hernie vésicale.

Observation de John Green Crosse (1).

Je trouvais chez une jeune fille de trente-deux ans, bien portante, une tumeur grosse comme une noix, très rouge et un peu granuleuse. Sur le côté postérieur de la tumeur, il y avait deux ouvertures dans lesquelles on pouvait pénétrer avec une sonde, et desquelles l'urine suintait goutte à goutte. C'étaient les embouchures de l'urèthre. La tumeur fut repoussée par la pression. On voyait alors que le canal était trop large et qu'on pouvait y passer le petit doigt. Le retournement ne se reproduisit pas après la réduction.

(1) John Green Crosse.— *Transactions off the prov. med. and. surg. association,* 14 nov., II, 1816.

Murphy (1) a publié une observation du même genre.

Observation de Thomson (2).

Je trouvais la patiente, une femme mariée d'un peu plus de quarante ans, sur ses mains et sur ses genoux, dans son lit, se tordant de douleur et poussant violemment. J'appris que pendant qu'elle urinait, une heure et demie avant mon arrivée, elle sentit quelque chose descendre ou tomber et fut immédiatement prise d'une violente douleur expulsive. Dans un interrogatoire ultérieur, j'appris qu'elle avait souffert vingt-quatre heures auparavant d'une cystite aiguë dont je trouvais la preuve dans l'urine récemment évacuée.

A l'examen digital je constate la présence, au lieu d'un déplacement utérin auquel je m'attendais, d'une tumeur dure, noueuse, du volume d'une demi-noix environ, écailleuse et couverte d'une substance graveleuse. Cette substance sortait bien nettement par le canal de l'urèthre.

Comme l'état de souffrance de la malade m'empêchait de faire un examen plus complet, je remis cet examen à une autre séance, avec l'intention de me munir du chloroforme et des instruments nécessaires. Je pensais avoir affaire à quelque tumeur saillante de l'urèthre ou de la vessie réclamant l'ablation. Mais dans l'intervalle il me vint à l'esprit que je pouvais bien être en présence d'une éversion de la vessie, bien que je n'eusse jamais entendu dire que pareil accident pût arriver à un adulte. Pour éviter les accidents qui seraient arrivés si j'avais incisé les parois de la vessie, je résolus de déterminer le plus exactement possible

(1) Murphy. — D'après John Green Crosse.
(2) Thomson. — *The Lancet*, janvier 1875.

la nature de la tumeur. Le docteur Yates, à qui je fis part de mes soupçons, inclina dans mon sens, et avec son assistance, nous soumîmes la malade au chloroforme.

Je me suis alors mis en devoir de passer mon doigt à travers l'urèthre, le long du pédicule de la tumeur; ce que je fis sans difficulté. L'urèthre, en effet, était large et dilatable, d'une façon inusitée. Je trouvais que le pédicule s'implantait sur la paroi postérieure de la vessie, de manière à confirmer pleinement mon impression, à savoir qu'il s'agissait d'une éversion vésicale. Le docteur Yates, étant arrivé à la même conclusion, nous résolûmes de réduire la tumeur. C'est ce que je fis après avoir enlevé soigneusement les incrustations phosphatiques. J'accompagnais la tumeur dans la vessie avec mes doigts, et avant de les retirer, j'explorais le point duquel j'avais trouvé auparavant que naissait le pédicule. Une forte dose d'opium fut administrée et la malade reçut l'ordre de rester au lit. Grâce aux informations gracieuses du docteur Yates, je puis dire que la cystite a disparu très rapidement et qu'il ne reste aucune menace de récidive. La malade est et demeure en parfait état de santé.

Observation de Malherbe (1) de Nantes.

Une femme mariée, de trente ans, petite, mal conformée, à bassin retréci, avait eu deux accouchements laborieux, qui avaient nécessité l'emploi du forceps et n'avaient donné qu'un enfant mort. A la suite de la dernière application de forceps, elle avait éprouvé des douleurs violentes et des difficultés pour uriner. C'est alors qu'elle vit apparaître,

(1) Malherbe. — In *Annales des maladies des organes génito-urinaires*, t. II, p. 743. 1884.

au niveau du méat, les douleurs pour lesquelles elle vient me consulter. Cette tumeur rosée, complètement différente, d'aspect des polypes uréthraux, est très molle. Elle peut s'attirer assez facilement à l'aide des doigts ou d'une pince. Elle tient manifestement à la paroi inférieure de l'urèthre à laquelle elle adhère par un large pédicule, son extrémité libre, renflée en massue, a le volume du petit doigt. Cette tumeur est incomplètement réductible. Elle est d'une très grande mollesse. En l'attirant au dehors, elle se pédiculise de plus en plus. Une sonde, conduite au-dessus, pénètre aisément dans la vessie et donne issue à une faible quantité d'urines parfaitement limpides. On porte le diagnostic de cystocèle uréthrale.

Les souffrances de la malade étaient vives ; c'est pourquoi on lia le pédicule séance tenante, le plus haut possible, avec une ficelle petite, mais résistante, et on coupa la tumeur. En examinant la pièce on constate qu'une portion de la muqueuse vésicale a été enlevée. Cette portion de forme circulaire a moins d'un centimètre de diamètre. Guérison complète et rapide, sans le moindre accident. L'examen histologique fut pratiqué minutieusement ; sa description est fort complète. Nous y reviendrons plus loin.

Observation du professeur Pousson (1).

Mlle F..., âgée de trente ans, est née au Vénézuela, de parents bien portants, qui ont donné issue à quatre autres enfants, tous garçons. Trois sont encore vivants ; le quatrième est mort de dysenterie. Pendant son enfance, sa santé a été assez bonne, mais elle a eu à diverses reprises

(1) Pousson. — In *Annales des maladies des voies génito-urinaires*, 1894.

dans son pays, des diarrhées abondantes, à la suite desquelles il est survenu un prolapsus rectal, que la mère réduisait elle-même sans difficultés après chaque garde-robe. A cette époque, elle avait aussi des envies fréquentes d'uriner, surtout pendant le jour. Quand elle négligeait d'y satisfaire, il lui arrivait souvent de perdre ses urines. Le rire et la toux provoquaient aussi leur sortie, alors même que la vessie n'en contenait qu'une petite quantité. L'émission n'était d'ailleurs nullement douloureuse. Les urines étaient claires et limpides.

Réglée pour la première fois à quinze ans, elle n'a pas cessé depuis de l'être très régulièrement. Elle a eu cependant, à certaines époques, quelques pertes blanches. Jusqu'à vingt-quatre ans, elle était grasse et fraîche. A ce moment, peut-être sous l'influence de fatigues auxquelles l'a contrainte sa profession, elle a commencé à maigrir, sans toutefois perdre ses forces. Elle continue ses occupations comme par le passé. Lorsqu'elle vient me consulter pour la première fois, elle a une apparence très chétive. Malgré cela, me dit-elle, sa santé est bonne. Elle ne présente aucun trouble des grandes fonctions organiques.

Début et évolution de l'affection. — Voici ce que me raconte la malade, touchant le début de l'affection pour laquelle elle vient me consulter.

Il y a cinq ans, à la suite d'un violent effort pour soulever un fardeau trop pesant, elle a éprouvé une douleur aiguë du côté droit, douleur qui se reproduisit plusieurs fois avec la même intensité, à la suite d'un faux mouvement, pendant les trois ou quatre semaines qui suivirent. Un mois après, à la suite d'un long voyage en chemin de fer, elle fut prise d'une diarrhée persistante, en même temps que de douleurs dans l'abdomen, s'irradiant à l'aine droite. Ces phénomènes s'accompagnèrent pour la première fois d'une grande difficulté pour uriner. Sous l'influence d'un traitement approprié, la diarrhée disparut, mais les douleurs abdominales, avec irradiations à l'aine, persistèrent; puis la fièvre s'alluma et la douleur se continuant dans le côté droit, s'accentua au

point d'empêcher la malade de marcher. Un médecin, appelé, diagnostiqua une pleurésie et institua un traitement en conséquence.

C'est à cette époque, selon les expressions de la malade, qu'un travail sembla se faire dans la vessie; on aurait dit que quelque chose se détachait peu à peu. En même temps l'émission des urines devint difficile. Elle ne se faisait qu'aux prix de violents efforts, comparables d'après la malade, aux efforts qu'on fait quand on a la dysenterie. Les urines rendues dans ces conditions, présentaient à la fin quelques filets de sang. Un jour la malade en portant la main aux parties, y sentit quelque chose qui faisait saillie; et, y ayant regardé, elle aperçut une petite tumeur rouge, globuleuse, du volume d'une grosse noisette sortant par le méat urinaire. Les difficultés pour uriner ne se présentaient pas à toutes les mictions. Elles n'existaient guère que dans le jour, augmentaient par la fatigue, après une marche ou une station debout prolongée, diminuant au contraire par le repos. Elles étaient d'ailleurs certainement liées à l'apparition ou à la disparition de la tumeur. Il suffisait que la malade la réduisit par une malaxation légère, pour que le jet d'urine interrompu par sa sortie, reprit son cours régulier.

Pendant trois ans, M^lle^ F..., retenue par un sentiment facile à comprendre, supporta son mal sans en parler à personne. Mais à la fin, la gêne pour uriner s'était accrue, les besoins étaient devenus plus fréquents et plus impérieux. Elle vint me consulter pour la première fois dans le courant de mai 1892.

Inspection. — L'examen des parties me montra un méat largement ouvert et dans lequel je pus faire entrer l'extrémité de mon petit doigt. Il ne livre passage pour le moment à aucune tumeur, et je m'assure, avec un explorateur à boule n° 22 que l'urèthre est libre dans toute son étendue; l'exploration méthodique de la vessie n'y révèle rien d'anormal; aucun corps étranger, aucune saillie, faisant relief dans sa cavité.

Cet examen est peu douloureux, et la muqueuse vésicale paraît insensible au toucher, preuve de son intégrité relative. A ma demande la malade essaya de faire sortir la tumeur. Mais, quelques efforts qu'elle fit pour cela, elle ne put y parvenir.

Je lui expliquai, qu'étant donnés les symptômes qu'elle accusait, elle avait probablement un polype de la vessie, ou une hernie de cet organe à travers l'urèthre, mais qu'avant de me prononcer, il fallait que je voie la tumeur. Aussi lui conseillai-je, de me faire appeler, ou de venir me voir quand la tumeur serait à l'extérieur.

M^lle F... reste plus d'un an sans venir me voir et ne me fait appeler qu'au mois de septembre 1893. Au point de vue des douleurs et de la gêne des mictions, l'état est sensiblement le même que lors de la première visite que me fit la malade. Seulement la tumeur qui, il y a un an, ne sortait que deux ou trois fois par vingt-quatre heures sort maintenant toutes les fois qu'elle veut uriner. Son volume est plus considérable, et sa réduction beaucoup plus laborieuse. Comme les besoins se font sentir environ toutes les heures, cet état crée pour la patiente une véritable infirmité qui l'empêche de continuer ses fonctions d'institutrice, et dont elle désire être débarrassée le plus tôt possible.

Il n'y a pas de cystite; les urines sont claires. Tout le reste de l'appareil urinaire est sain. Au moment où je vois M^lle F..., la tumeur, qui est encore sortie à la dernière miction, est réduite, et contrairement à ce qui se passe ordinairement, elle ne fait issue que sous l'influence d'efforts violents auxquels se livre la patiente à ma prière. Je puis alors constater que la tumeur sort bien directement du méat. Son volume est celui d'un petit œuf de poule. Elle est rouge, très finement granulée à sa surface, et porte à son sommet une petite ulcération ovalaire d'un centimètre, suivant son plus grand diamètre. Le fond de cette ulcération est grisâtre, sa consistance est molle, non compacte, mais creusée d'une cavité. Elle se durcit sous l'influence des efforts et le moindre contact la fait saigner.

Une sonde de femme, introduite entre la tumeur et l'urèthre, peut circonscrire le pédicule qui semble s'insérer immédiatement en arrière du col vésical et sur le côté droit. Mais en raison de l'indocilité de la malade, je ne puis préciser le volume de ce pédicule.

En présence de ces constatations, je porte le diagnostic de hernie de la vessie à travers l'urèthre. N'ayant à ce moment que des notions incomplètes sur ce genre d'affection, je pense que la tumeur est formée par le renversement, l'invagination de toutes les tuniques du réservoir, et que son pédicule est très large.

Cette idée fausse de la nature et de la disposition de la lésion, me suggéra un plan opératoire que je n'eus pas à mettre en exécution, parce que la tumeur se trouva être retenue par un mince pédicule, mais que je crois néanmoins devoir rappeler, car, le cas échéant, il pourrait être utilisé. Au lieu de réséquer la tumeur à sa base et de faire ainsi à la vessie, une large perforation, dont le moindre défaut dans l'affrontement des bords aurait fait courir au malade les chances d'une infiltration d'urine, soit dans le tissu cellulaire périviscéral, soit même dans le péritoine, je me proposais de faire la dissection de la muqueuse à la surface de la tumeur, et de l'invaginer en sens contraire, de façon à la réduire. Des points de catgut fin, disposés par plans successifs à la façon de ceux qu'on emploie dans la colpopérinéorrhaphie, devaient assurer le maintien de cette invagination et permettre aux surfaces opposées de se réunir définitivement l'une à l'autre. La tumeur se trouvait pédiculisée, je procédais autrement et ainsi que je vais le rapporter.

Opération. — Le 17 octobre 1893, M^lle^ F... est chloroformée. Avant l'anesthésie j'ai prié la malade de faire sortir la tumeur. Pendant les efforts qu'elle fait au cours de la chloroformisation, la tumeur se gonfle fortement, devient turgescente à sa surface et saigne par place, en même temps qu'elle sort par l'urèthre et se pédiculise de plus en plus.

Ce pédicule a le volume du petit doigt; il s'insère à un centimètre du

col et à droite, ce dont je puis me rendre compte par la vue même, en raison de l'extrême dilatation du canal. Toutes les précautions antiseptiques étant prises, désinfection de la vulve, du vagin et de la vessie, je fais attirer fortement la tumeur par un aide de façon à bien découvrir son point d'implantation. Puis je traverse à ce niveau son pédicule, à l'aide d'une série de catguts, nouant les extrémités de chacun d'eux à l'opposé de leur point de pénétration. Cette série de points a pour but d'oblitérer la cavité du pédicule que je puis alors sectionner sans danger. Cette section, faite à petits coups de ciseaux saigne à peine. J'affronte très soigneusement ses deux lèvres à l'aide de sept points séparés au catgut n° 0, et par dessus je fais une suture de soutien en surjet également au catgut.

Deux fils de soie passés dès le début de l'opération à chacune des extrémités du diamètre du pédicule, ont été confiés à un aide pendant toute l'opération, et ont maintenu en dehors du méat sa base d'implantation. Ces deux fils enlevés, la vessie rentre d'elle-même. Je lave la cavité à la solution boriquée et je mets à demeure une sonde en caoutchouc n° 17, que je fixe aux lèvres du méat par un fil de soie. Le vagin est bourré de gaze iodoformée, la vulve est saupoudrée d'iodoforme.

Suites et résultats opératoires. — La malade, ramenée dans son lit se réveille et a immédiatement des nausées et quelques vomissements qui se calment d'ailleurs très vite. L'après-midi se passe assez tranquillement. A cinq heures, je constate que la malade ne souffre pas. La pression sur l'hypogastre n'est pas douloureuse; la sonde a bien fonctionné et a donné issue à environ 150 grammes d'urine un peu sanguinolente. Le pouls est calme, régulier. Température 36° 9. Pour éviter de mettre la vessie sous pression, je ne fais pas d'injection dans sa cavité.

18 octobre. — Nuit très bonne; toujours apyrexie; pas de douleur au bas-ventre; la sonde fonctionne très bien. Urines limpides et non rosées.

21 octobre. — La nuit précédente la sonde s'étant bouchée, la vessie a

fait réservoir. La malade, par suite de la distension, a éprouvé des douleurs assez vives. A trois reprises, l'urine est sortie entre la sonde et le canal. Pas d'élévation de température, pas de phénomènes généraux. La sonde fonctionne bien ce matin. Assuré que ma suture tient puisque la vessie a fait réservoir, je fais un lavage boriqué et je continue les jours suivants.

Le 26 octobre, j'enlève la sonde à demeure et à partir de ce moment la malade urine naturellement. Pendant deux ou trois jours elle souffre en urinant, et les besoins sont fréquents. Puis tout rentre dans l'ordre. Le 1er novembre la malade a ses règles. Elle commence à se lever le 3 et quitte la maison de santé le 6.

Dès lors, rien ne vient entraver la guérison. Notons cependant que du 12 an 17 novembre, il sort de la vessie des concrétions formées autour d'un morceau de soie ayant servi à attirer la tumeur en dehors et qui, à notre insu, était resté dans la vessie. Cet incident n'a d'ailleurs aucune conséquence. J'ai pu depuis m'assurer à diverses reprises que la vessie ne contient aucun corps étranger. Actuellement, cinq mois se sont écoulés depuis l'opération. Les mictions se font régulièrement sans la moindre gêne et sans interruption. Les urines sont claires, bien conservées par la vessie, et la malade n'urine guère plus souvent qu'une autre personne. Cependant il lui arrive parfois mais plus rarement qu'avant l'opération, de laisser échapper ses urines dans un effort de toux ou dans un éclat de rire. Le méat urinaire semble plus resserré mais le canal est encore très dilatable.

IIe Observation du professeur Pousson.

Il s'agit cette fois d'une inversion de la vessie. Aucune tumeur ne faisait saillie à l'extérieur. Aucune intervention ne fut conseillée.

Mlle X... a trente et un ans. Sa santé a toujours été excellente. Réglée pour la première fois à treize ans, elle l'a toujours été depuis, régulièrement. Cependant, dans ces derniers temps, la période inter-menstruelle est devenue moins longue en même temps que les pertes de sang ont été plus abondantes. Le phénomène qui a surtout attiré son attention et pour lequel elle a consulté un médecin consiste dans une grande fréquence des besoins d'uriner, s'accentuant surtout au moment des époques menstruelles. Ces besoins ne sont nullement douloureux et les urines ont gardé leurs caractères normaux. Procédant à l'examen de la vessie à l'aide du cathétérisme avec une sonde métallique, le médecin de la malade a la sensation d'un corps étranger saillant dans la cavité vésicale. Il pensa qu'il pouvait bien se trouver en présence d'un calcul vésical. C'est pour vérifier cette hypothèse que je fus appelé en septembre 1894.

Mlle X... a la paroi abdominale peu épaisse et souple. A la palpation de l'hypogastre je sens très nettement une tumeur globuleuse, lisse, du volume d'une grosse mandarine débordant de deux travers de doigt le bord supérieur de la symphise pubienne. Le toucher vaginal me fait découvrir le col très en arrière dans la concavité du sacrum. Il a la consistance d'un col de nullipare. L'utérus est mobile, imprimant à la tumeur qui déborde la symphyse des mouvements de latéralité. Je les perçois très distinctement transmis au col. Par le toucher rectal, je sens, au-dessous du col saillant dans le rectum, le corps de l'utérus très développé. N'ayant pas d'hystéromètre, je ne pratique ni l'exploration ni la mensuration de la cavité utérine. Malgré cette absence de renseignements, je n'hésite pas à porter le diagnostic de corps fibreux interstitiel occupant la paroi antérieure de l'utérus et faisant relief dans la cavité vésicale.

Cette seconde partie du diagnostic m'est confirmée par l'examen de la cavité de la vessie à l'explorateur métallique. En effet, cet explorateur à peine introduit dans la vessie, rencontre une saillie molle, tomenteuse

qui l'arrête ; mais si l'on dévie son bec soit à droite, soit à gauche, en portant la poignée en sens contraire, l'instrument s'enfonce à plusieurs centimètres. De même en portant la poignée en bas, le bec pénètre à une grande hauteur, vers le sommet de la vessie. Enfin, par des mouvements de circumduction, il est possible de circonscrire le relief intra-vésical qui par tous ses points donne la sensation d'une masse molle, charnue, non calcaire.

Ces constatations jointes à celles fournies par la palpation hypogastrique, le toucher vaginal et rectal, ne laissent donc aucun doute sur le diagnostic du renversement d'invagination partielle des parois de la vessie. Ce renversement a pour cause la présence du fibrome interstitiel développé dans la paroi antérieure de l'utérus. La diminution de la capacité de la vessie qui en est la conséquence explique la fréquence des besoins de miction, fréquence qui s'exagère encore au moment des règles, en raison des phénomènes congestifs dont l'utérus et les organes du petit bassin deviennent le siège.

La malade n'éprouvant d'autres troubles qu'un besoin fréquent d'uriner, je ne crois pas devoir conseiller pour le moment l'ablation du fibrome. Je me contente de prescrire un traitement destiné à faire regresser la tumeur et diminuer les phénomènes congestifs dont elle est le siège.

Nos observations sont nombreuses et complètes. Il nous suffit de résumer les descriptions qu'elles nous donnent, de grouper les symptômes qu'elles signalent, d'examiner les erreurs de diagnostic qu'elles nous rapportent et les divers modes de traitement qu'elles racontent, pour faire une étude consciencieuse des hernies de la vessie ou de sa muqueuse.

Avant d'aller plus loin, rappelons sommairement la constitution de la vessie.

La vessie est constituée par trois tuniques :

1° Une tunique muqueuse ou interne ;

2° Une tunique moyenne ou musculaire ;

3° Une tunique externe ou séreuse.

La tunique muqueuse, d'un blanc nacré, chez l'adulte, devient grise ou même rosée chez le vieillard. Quoique extrêmement mince, elle est cependant très résistante. Elle se continue, avec la muqueuse des uretères d'un côté, de l'urèthre de l'autre. Un tissu cellulaire, très lâche et très fin, l'unit à la tunique musculaire, sur laquelle elle glisse et dont elle recouvre toutes les saillies, tapisse toutes les dépressions. Au niveau du trigone, muqueuse et musculeuse sont intimement unies et on les sépare difficilement à la dissection. D'aspect absolument lisse, elle est dépourvue de papilles ou villosités. Cependant, Henle dit avoir rencontré dans quelques vessies la membrane muqueuse, munie de petites papilles mousses et serrées et se prolongeant jusque dans la portion intra-pariétale des uretères.

La muqueuse de la vessie possède-t-elle des glandes ? C'est une question qu'il faudrait examiner tout de suite. Les glandes de la vessie nous servent, en effet, à comprendre la pathogénie de certaines hernies de la muqueuse.

Au temps de Haller, les anatomistes étaient partagés déjà sur cette question. Haller fait remarquer que leur présence est fort difficile à constater.

« Cependant, dit-il, j'ai vu, rarement il est vrai, des follicules simples sur le col de la vessie principalement. Les uns étaient très petits, les autres ressemblaient à un grain de millet, étaient agminés chez la femme. D'autres fois, je n'ai pas vu des follicules, mais seulement des orifices. »

Ce langage est à peu près celui de tous les anatomistes qui ont admis des glandes sur les parois de la vessie. Il semblerait qu'il n'y a pas lieu de mettre en doute leur existence, après les affirmations très positives de Huscke, de Kolliker et de Wirchow. « Toutefois, dit Sappey, ces auteurs ne les ont ni décrites, ni représentées, et n'en parlent qu'en termes très vagues. » Sappey prétend les avoir cherchées avec la plus grande attention, en employant les moyens les plus variés, ceux dont l'expérience lui avait enseigné les avantages. Jamais il n'a pu les découvrir. Aussi, n'hésite-t-il pas à nier leur existence jusqu'à ce que ses contradicteurs lui apportent des faits probants.

D'autres anatomistes, Robin et Cadiat, se rangent à l'opinion de Sappey.

Mais, parce que ni Sappey, ni d'autres anatomistes n'ont pas vu les glandes de la muqueuse vésicale, cela veut-il dire que ces glandes n'existent pas ? On peut ne pas voir ce qui existe; il semble plus difficile d'admettre que des hommes comme Haller, Huscke, Kolliker et Wirchow aient pu prendre pour des glandes ce qui n'en était pas.

Il suffit de lire les observations que nous avons recueillies pour voir qu'elles se rapportent à quatre variétés différentes de hernie :

1° La hernie comprend toutes les parois de la vessie ;

2° La membrane muqueuse seule forme la hernie.

Chacune de ces deux grandes divisions comprend elle-même deux subdivisions.

« Le déplacement des parois ou de la muqueuse seule se borne à un simple relief intra-vésical plus ou moins développé.

β La hernie peut se montrer à l'extérieur après avoir franchi l'urèthre.

On pourrait résumer la question de la manière suivante :

A. **Hernie de toutes les parois vésicales à la fois.**	1° Les parois ne sont pas engagées dans l'urèthre et viennent appuyer seulement sur le col. Hernie incomplète ou bien inversion vésicale. *Inversio vesicæ urinœriæ incompleta* ;
	2° Les parois renversées d'abord se sont ensuite pédiculisées et engagées dans l'urèthre et sont même venues faire saillie à l'extérieur. Hernie complète. *Inversio vesicæ urinariæ completa sen cum prolapsu, exocystis* ;
B. **Hernie de la muqueuse vésicale seule.**	3° La muqueuse renversée n'est pas engagée dans l'urèthre. Prolapsus incomplet de la muqueuse;
	4° La muqueuse renversée est engagée plus ou moins complètement, ou même peut faire saillie à l'extérieur. Prolapsus complet ou hernie complète de la muqueuse.

Les observations de De Haën, de Levret, de Percy, de Foubert, de Lowe, signalent de simples inversions et des hernies complètes de toutes les parois vésicales. Une observation très incomplète, il est vrai, de Meckel, rapporte même un cas de renversement total de la vessie à l'extérieur.

Solingen, Hoin, Crosse, Patron, Malherbe et le professeur Pousson (1) ont, au contraire, observé des renversements de la muqueuse vésicale seulement.

(1) Dans sa dernière observation, le professeur Pousson cite un cas de hernie incomplète de la vessie, hernie produite par un fibrome utérin.

Anatomie pathologique. — Les rares observations d'inversion vésicale, de prolapsus de la muqueuse, que possède la littérature médicale donnent bien peu de détails sur l'anatomie pathologique des lésions qu'elles signalent. La plupart d'entre elles sont très incomplètes. Un très petit nombre nous fournit quelques lignes d'anatomie pathologique. Une des plus intéressantes à ce point de vue, est celle de De Haen.

La vessie renversée formait en dehors de la vulve, deux tumeurs. Le péritoine tapissait ces deux poches du côté du ventre. Il y avait à la partie extérieure de la première tumeur, en avant et en haut une cavité proportionnée à la concavité de la seconde tumeur qui y était appliquée. Les uretères avaient chacun le volume de la moitié du doigt. A la suite d'une chute il y avait eu déchirement des adhérences naturelles du vagin avec les parties voisines, et la malade en faisant violemment l'extraction d'une pierre avait déterminé le renversement de sa vessie. L'intestin était alors venu se placer dans une des poches formées par la vessie inversée.

Foubert qui fit l'autopsie de son malade, dit que la vessie formait, à la partie supérieure et postérieure, un enfoncement en forme de cône. Les parois de cette poche se portaient en dedans. Une portion de l'iléon se trouvait engagée dans cet enfoncement, et la pointe du cône d'invagination s'avançait jusqu'au col de la vessie. Le péritoine avait accompagné les deux tuniques.

Levret vit un cas d'inversion dans lequel la matrice inclinée avait enfoncé la paroi postérieure de la vessie.

Rutty signale enfin un cas où le cœcum distendu par les matières fécales était venu déprimer le fond de la vessie. Le péritoine aussi s'était invaginé. Cependant il aurait pu se faire

dans ce cas, que le cœcum glissant sous la séreuse vint se mettre au contact des parois latérales de la vessie et les repousser. Le cœcum ainsi déplacé du côté de la vessie serait dépourvu du péritoine, comme il en est souvent dépourvu dans les hernies qu'il fait à travers le canal inguinal. On comprend toute l'importance qu'il faut attacher à la présence du péritoine dans le cône d'invagination, quand on doit se décider à intervenir.

Il est des cas enfin (1), dans lesquels la vessie renversée sortait tout entière par le canal uréthral. Le plus souvent une portion seulement de la vessie se renverse et vient, comme dans le cas de Percy, faire dans l'urèthre une hernie plus ou moins volumineuse. Il faut bien remarquer la rareté, chez la femme, du renversement du fond de la vessie. Pour que ce renversement ait lieu, il faut que les adhérences intimes qui unissent le fond de la vessie au vagin viennent à se rompre comme dans le cas de De Haen. On reconnaît que la portion herniée est le fond de la vessie quand il existe sur les côtés de la tumeur des orifices desquels l'urine suinie goutte à goutte et dans on peut introduire une sonde. Green Crosse (2) rapporte un fait très précis de ce genre.

Quant à la muqueuse vésicale ainsi exposée à l'air, aux frottements, aux tentatives de réduction, elle s'altère rapidement, se fissure, s'ulcère, et parfois même devient le siège d'ulcération profondes qui peuvent aller jusqu'à la gangrène de l'organe.

Signalons enfin la dilatation des uretères presque toujours observée dans le cas de cystocèle uréthrale.

(1) Meckel. — *Traité d'anatomie pathol.*, de Lebstein.

(2) Green-Crosse. — *British add foreing Medical review*, octobre 1846, p. 319 *From the transaction of the Provincial medical and surgical association*, vol. XI, 1846.

Pathogénie de l'inversion. — A l'état normal, les parois de la vessie quand elles sont distendues par l'urine forment une sphère creuse qui supporte l'intestin grêle et même la matrice, dans les nombreux cas d'antéversion et d'antéflexion de l'utérus. Pour que la vessie se laisse déprimer par les viscères qui se trouvent au-dessus d'elle ou sur ses faces latérales, il faut donc que ses parois aient perdu leur tonicité et leur force musculaire. La vessie se laisse alors distendre énormément par l'urine. Ses parois distendues et affaiblies rencontrent un arrêt, une masse résistante, le cœcum, par exemple, rempli de matières durcies. Elles forment autour de cet obstacle une sorte de poche, dans laquelle les viscères s'accumulent, venant ainsi ajouter l'action de leur pesanteur à l'action produite par l'accumulation des urines dans une vessie qui a perdu sa tonicité. Qu'une chute violente vienne augmenter le poids excessif que supporte la vessie déjà trop distendue ; qu'un effort excessif, comme celui qu'il faut faire pour soulever un lourd fardeau, vienne comprimer les viscères, ceux-ci repoussent tout naturellement la poche vésicale qu'ils occupent depuis longtemps déjà, et la malade peut comme celle de De Haen sentir tout à coup quelque chose qui lui tombe dans les parties génitales.

Le plus souvent il n'y a pas eu à proprement parler une cause déterminante. La hernie se fait graduellement ; il y a des troubles dysuriques, et la malade s'aperçoit un jour qu'elle porte au méat une petite tumeur.

Quand la tumeur fait entièrement hernie à l'extérieur, on peut supposer que la malade par des manœuvres maladroites tirant sur sa vessie dans l'espoir d'arracher une tumeur gênante n'ait complètement renversé le réservoir urinaire.

Parmi les causes prédisposantes, il faut d'abord noter

l'embonpoint excessif, et surtout la flaccidité des parois de la vessie qui souvent, chez l'homme, est une conséquence de l'hypertrophie de la prostate. Le malade de Foubert était un prostatique. Les grossesses et les accouchements antérieurs ne semblent pas jouer un grand rôle dans la production des hernies vésicales à travers l'urèthre. Presque toutes les malades chez lesquelles on cite les cas d'inversion ou de hernie complète, sont des jeunes filles; une autre était abbesse. Il n'y a que deux cas de grossesse.

La hernie complète de la vessie (*inversio cum prolapsu*) ne peut pas évidemment se produire chez l'homme. La longueur et l'étroitesse du canal de l'urèthre suffisent à en faire comprendre la raison. Sur les vingt et une observations de hernie de la muqueuse ou des parois, que nous avons recueillies, il n'y a que deux cas seulement où le malade était un homme. Peut-être quelques cas sont-ils passés inaperçus et a-t-on pris pour une pierre, pour une tumeur intra-vésicale ce qui n'était en réalité qu'une inversion. Chez la femme, la tumeur profitant de l'élasticité du méat, de la briéveté du canal, se montre vite à l'extérieur. Les erreurs de diagnostic ne peuvent plus dès lors se produire. Mais, en outre, on peut admettre facilement que la disposition même des organes génitaux urinaires de la femme la prédispose à ce genre d'accident. La vessie n'est pas soutenue du côté du vagin et de la vulve. La grossesse peut aussi diminuer dans une certaine mesure la solidité des adhérences de la vessie aux parties voisines.

L'âge ne paraît pas avoir une grande influence sur le développement de cette infirmité. On a observé des inversions de la vessie à tout âge, Low Crosse chez de tous jeunes enfants. Nous avons cité des observations dans lesquelles il s'agissait de jeunes filles de quinze ans. L'abbesse de Percy

et la malade de de Haen avaient dépassé l'âge de la ménopause. Le plus grand nombre des cas a été observé de vingt-cinq à quarante ans, c'est-à-dire pendant la période d'activité sexuelle.

Symptômes. — Au début de l'affection, quand l'inversion de la vessie n'est pas encore complète, que ses parois ne sont pas encore effilées en cône pour s'engager dans l'urèthre, les symptômes se bornent à des gênes passagères qui peuvent faire porter un diagnostic absolument faux. Le malade urine souvent, les urines sont quelquefois troubles et l'on pense à de la cystite; le malade souffre quand il va en voiture; s'il fait un mouvement brusque, s'il se penche en avant, il éprouve la sensation d'un corps étranger qui se déplace dans la vessie et l'on songe à la pierre. Nous verrons que l'exploration vient parfois confirmer le médecin dans son erreur et qu'on a pris souvent des renversements de la vessie pour des calculs enchatonnés. L'urine est émise avec difficulté. Le malade n'urine facilement que s'il est couché. S'il veut se mettre en avant, la vessie se renverse aussitôt, s'appuie sur le col de la vessie et empêche les urines de sortir, en même temps qu'elle donne au malade, en irritant le col de sa vessie, un envie impérieuse d'uriner.

Les symptômes s'aggravent si la vessie, formant une tumeur pédiculée s'est engagée dans l'urèthre. Le cours des urines est le plus souvent empêché. C'était le cas de la malade signalée par Percy. La dysurie était complète; il fallait pour la faire cesser que la malade réduise la tumeur soit en la malaxant entre les doigts, soit en la repoussant avec une sonde qu'elle maintenait en place pendant la miction. Cependant la dysurie pouvait disparaître d'elle-même. Si la malade voulait supporter longtemps le besoin d'uriner qu'elle ressentait, l'urine, en s'accumulant, finissait par déplisser la

vessie qui reprenait sa forme globuleuse, entraînant avec elle le pédicule qu'elle formait à travers l'urèthre.

Quand la tumeur n'est pas trop volumineuse, et que le pédicule est long et grêle, l'urine peut filtrer entre le méat et le pédicule, mais dans ce cas il se produit une grande irritation des parties. Le malade n'est réellement soulagé que si à l'aide d'un artifice, il est parvenu à réduire la tumeur. Les douleurs de la miction, la pollakuyrie qui accompagnent l'inversion, occasionnent des contractions incessantes de la vessie et ces contractions favorisent l'agrandissement de l'inversion. L'irritation produite par le frottement des parois vésicales contre le col de la vessie, produit facilement des ulcérations qui saignent et jettent dans l'urine un assez grand nombre d'hématies. Les urines cependant ne se troublent qu'assez lentement. Les observations ne notent leur purulence qu'au bout d'un certain temps. Quant aux cas de morts qu'on a cités, il n'est pas spécifié qu'ils aient été occasionnés par une infection secondaire des reins.

Dans le renversement de la muqueuse, la hernie forme comme dans l'inversion une tumeur rouge, framboisée, mais elle est molle, demi-diaphane, augmente de volume, tend à s'étrangler et occasionne en grossissant des douleurs de plus en plus vives. Si on la presse le liquide qu'elle contient fuit sous le doigt et la tumeur se flétrit. Les douleurs continuelles du malade altèrent sa santé, l'appétit est souvent fort diminué. Une petite ulcération siège parfois au sommet de la tumeur.

Les autres symptômes que nous avons énumérés à propos de l'inversion s'observent également quand il s'agit du prolapsus de la muqueuse.

Nous venons de décrire l'inversion vésicale, d'en étudier la pathogénie et les symptômes, étudions maintenant le prolap-

sus de la muqueuse vésicale et sa pathogénie. Nous étudierons ensuite dans le même paragraphe, la marche, la durée, le pronostic et le traitement des deux affections.

Description. — Le renversement de la muqueuse vésicale a été observé plus souvent que le renversement de toutes les parois vésicales à la fois.

Baillie, Solingen et Hoin au siècle dernier, et depuis, Noel, Patron, Malherbe et enfin Pousson, ont décrit minutieusement les hernies de la muqueuse. L'examen *post mortem* n'a pu être pratiqué qu'une seule fois.

La muqueuse herniée se présente généralement sous la forme d'une masse globuleuse rouge et saignante, parfois ulcérée, molle et réductible Si on la pique, elle laisse échapper une certaine quantité de liquide clair qu'on reconnaît pour de l'urine, et elle s'affaisse. L'affection ne se produit pas tout d'un coup. Tout d'abord, le malade souffre, se plaint d'envies fréquentes d'uriner, de difficultés pendant la miction ; puis à l'occasion d'un effort, la muqueuse sort par le méat. Dans le cas de Pousson, la malade avait auparavant été sujette à de fortes diarrhées. Quand on introduit le doigt dans le méat on constate qu'il se laisse facilement dilater. La muqueuse est généralement peu douloureuse. Si le malade veut uriner la tumeur se gonfle fermant encore plus exactement le méat. Le pédicule peut avoir des dimensions variables suivant la distension plus ou moins grande de la tumeur, dont la partie terminale se développe aux dépens du pédicule. Une sonde de femme peut circonscrire le pédicule et le doigt peut, si la malade n'est pas trop indocile, déterminer la situation exacte du point d'implantation du pédicule.

Le décollement de la muqueuse vésicale pourrait être comparé au décollement de la rétine. Supposons que la rétine décollée vienne, en refoulant le cristallin, faire hernie à travers l'orifice papillaire, nous aurons une idée exacte de ce qui se produit quand la muqueuse décollée des parois de la vessie vient s'appuyer sur le col, et parfois sortir par le méat.

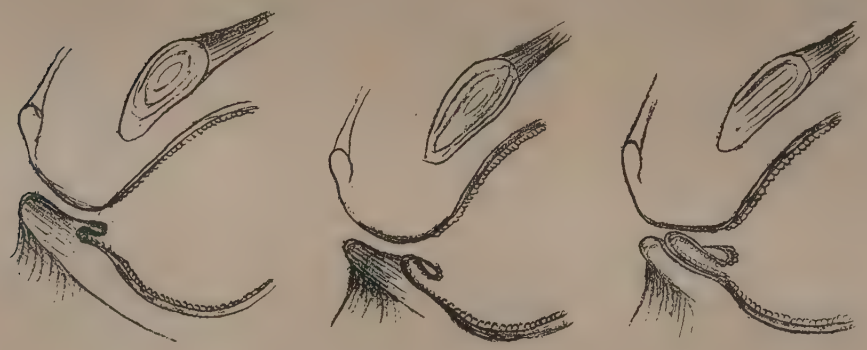
Pathogénie. — Noël attire l'attention sur l'énorme dilatation des uretères dans le cas qu'il a eu l'occasion d'observer. Les uretères atteignaient le volume du côlon d'un adulte. Se basant sur ce fait, Noël s'en autorise pour admettre que l'affection a dû commencer par une obstruction des uretères. L'urine alors s'accumule au devant de l'obstacle, dilate ces conduits dont le trajet est oblique. Puis les uretères dilatés se sont détachés de la membrane muqueuse et ont laissé l'urine s'échapper entre la membrane muqueuse et la tunique musculaire. Une fois qu'une goutte d'urine s'est infiltrée, décollant ainsi l'une de l'autre deux petites surfaces de la muqueuse et de la musculeuse, l'urine continue à s'accumuler. Cette quantité de liquide pour ainsi dire enkystée tend à décoller la muqueuse, en agissant peut-être par l'action seule de la pesanteur. Le décollement peut devenir considérable. Si le liquide éprouve quelque difficulté à décoller la muqueuse, et qu'il éprouve moins de difficulté à vaincre son élasticité, la muqueuse au lieu de rester globuleuse, s'allonge, se pédiculise, sort par l'urèthre et vient en s'étranglant former au devant du méat une tumeur comme celles que nous avons décrites.

Cette explication a le mérite d'être simple, et si quelques détails du mécanisme qui peut produire le décollement nous

échappent, nous pouvons nous rappeler qu'il en est de même de beaucoup d'autres explications. Pourquoi, d'ailleurs, ne pas admettre qu'une même affection peut ne pas avoir toujours la même cause, et que les décollements de la muqueuse peuvent être produits, tantôt comme le croit Noël, tantôt comme l'ont démontré Malherbe et Pousson.

Nous avons rappelé la diversité d'opinions des auteurs quand il s'agit de préciser l'existence ou l'absence des glandes dans l'épaisseur des parois de la vessie. On peut, nous le pensons, admettre l'existence de ces glandes.

Ces glandes une fois admises, la pathogénie du décollement de la muqueuse est bien simplifiée.



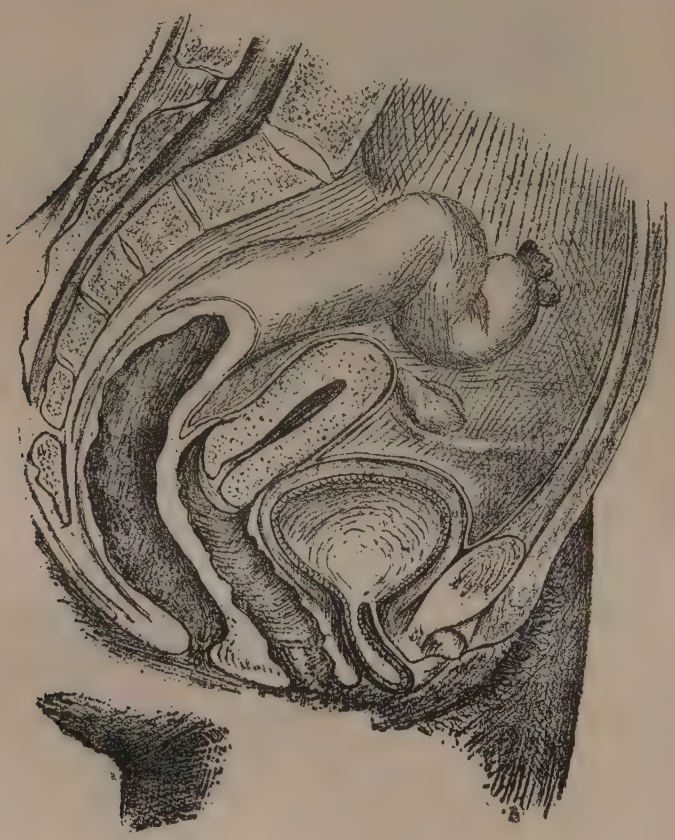
Patron, le premier, supposa que l'urine venant heurter pendant la miction la base tendue d'une de ces glandes qu'un auteur anglais avait décrites comme de petits prolongements, creuse une cellule. Cette cellule, à son tour, permet au liquide de pénétrer dans la glande, de la repousser de plus en plus, de la distendre, et d'acquérir ainsi une plus grande capacité,

en empruntant peut-être, s'il en est besoin, une partie de la muqueuse voisine. La tumeur liquide, augmentant de volume,

peut atteindre de fortes dimensions et se faire jour à travers l'urèthre.

Albarran déclare qu'il existe des glandes logées dans la

partie la plus superficielle de la tunique sous-muqueuse ; ce sont, dit-il, de petites glandes tubulées, ou des glandes en grappe s'ouvrant à la surface de la vessie par un long et



large canal. Elles ne présentent pas de membrane propre, mais bien une simple paroi formée par du tissu conjonctif. L'élément glandulaire est représenté par des cellules épithé-

liales basses, presque cubiques, étagées en plusieurs couches. Ces cellules limitent mal une cavité centrale de forme irrégulière qui contient des débris cellulaires.

Supposons, maintenant, avec Malherbe et Pousson, que l'urine pénètre dans une de ces glandes, dont le conduit excréteur vient s'ouvrir largement dans la vessie. Le cul-de-sac glandulaire va s'agrandir. Une des parois de la glande va se dilater, s'insinuer sous la muqueuse, la soulever, et venir, recouverte de toutes les couches qu'elle aura soulevées, se montrer au méat.

Les figures ci-jointes montrent l'évolution du prolapsus de la muqueuse tel que nous le comprenons.

Les deux pièces dont l'examen microscopique a été fait, la pièce de Malherbe et celle de Pousson, viennent confirmer cette supposition, et affirmer la réalité, dans certains cas toute au moins, de l'opinion que nous venons d'exposer.

Examen de la pièce de Malherbe. — La pièce étant durcie dans l'alcool à 90°, des coupes comprenant toute l'épaisseur du tissu, depuis l'épiderme assez épais tapissant extérieurement la masse polypiforme jusqu'à l'épithélium vésical, montrent en procédant de l'extérieur vers l'intérieur :

1° Une couche épidermique très épaisse, dont beaucoup de cellules sont vésiculeuses et contiennent un petit noyau qui paraît libre dans la cavité de l'élément ;

2° Au-dessous des cellules polyédriques de plus en plus petites, puis le corps muqueux de Malpighi avec des végétations disposées entre les papilles du derme ;

3° Le derme et la couche épidermique qui ne présentent rien de particulier ;

4° Immédiatement au-dessous de l'épithélium vésical une couche très

importante composée de tissu conjonctif fibrilaire très fin infiltré d'une très grande quantité de cellules lymphatiques rondes, de sorte que ce tissu a l'air presque complètement embryonnaire;

6° Enfin, un épithélium vésical épais, stratifié et terminé du côté non adhérent par une couche de cellules d'apparence prismatique. Cet épithélium bien qu'épais, paraît formé d'assez jeunes cellules dont les noyaux se colorent assez vivement par le carmin.

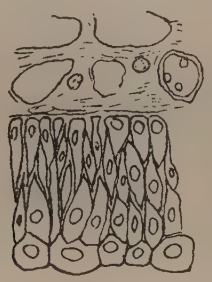
Examen de la pièce du professeur Pousson. — La tumeur a la forme d'une poche pédiculée; la surface extérieure est mamelonnée, tomenteuse; la surface interne est lisse et striée. Après durcissement, les coupes montrent l'existence de différentes zones placées dans l'ordre suivant en allant de l'extérieur vers l'intérieur :

1° Une zone inflammatoire;

2° Une zone de tissu conjonctif contenant des muscles lisses;

3° Une zone de tissu conjonctif;

4° Une zone épithéliale;



La première zone est formée de tissu conjonctif assez dense, mélangée dans sa partie profonde de fibres lisses éparses. A la superficie, les élé-

ments deviennent embryonnaires. Dans la profondeur et dans la zone suivante également se trouvent des îlots de cellules embryonnaires dans lesquels les procédés spéciaux ne nous ont pas permis de déceler la présence de bactéries.

La seconde zone est composée de tissu conjonctif dans lequel on trouve des fibres musculaires lisses à direction variée. Les unes longitudinales, les autres transversales, quelques-unes obliques.

La zone conjonctive sous-jacente varie de nature suivant le point où on la considère. Près de l'étranglement pédiculaire le tissu conjonctif est lacunaire et d'une épaisseur relativement grande. Plus loin, c'est du tissu conjonctif ordinaire infiltré par places de nombreuses cellules embryonnaires qui se prolongent jusque dans l'épithélium.

La quatrième zone ou zone épithéliale est formée d'une couche externe et d'une couche interne. La couche externe est constituée par des cellules cylindriques, allongées reposant sur le tissu conjonctif sous-jacent et généralement bien séparées de ce dernier. Elles sont au nombre de trois ou quatre. La couche interne est sur quelques points formée de cellules épithéliales, semblables aux cellules des couches sous-jacentes et présentent une base tendant à limiter la cavité de la poche, mais dans la majorité des points ces cellules limitantes sont de véritables cellules polyédriques à base convexe tournée vers cette même cavité et à facettes reposant sur les cellules voisines. Cet épithélium se rapproche de l'épithélium vésical et peut être identifié avec lui.

A côté de ces explications il peut aussi y avoir place pour une autre théorie. Tout à l'heure nous comparions le décollement de la muqueuse vésicale au décollement de la rétine. Ne pourrait-on pas expliquer le décollement de la muqueuse vésicale comme Rœlhmann a expliqué le décollement de la rétine par des phénomènes endo-exosmotiques.

On connaît les expériences de Rœlhmann ; il injectait à des animaux dans l'épaisseur du corps vitré des liquides alcalins. Il produisait ainsi artificiellement des décollements de la rétine. Selon lui, il y avait endo-exosmose entre le corps vitré et l'espace sous-rétinien. Supposons, qu'à la suite d'une affection quelconque de la vessie, l'urine contenue trop longtemps dans le réservoir urinaire, s'altère, et qu'au lieu d'être légèrement acide, elle devienne alcaline. L'expérience de Rœlhmann est reproduite dans la vessie. Pourquoi n'y aurait-il pas aussi décollement.

Nous ne voudrions pas donner cette explication comme irréfutable et tenter d'expliquer, grâce à elle, tous les cas de prolapsus. Nous la considérons seulement comme possible.

Nous sommes même convaincu que la théorie de Patron, de Malherbe, de Pousson, est, dans la plupart des cas, la seule vraie, mais la théorie de Rœlhmann pourrait bien aussi expliquer quelques cas.

Il est admissible également, qu'un épanchement sanguin, soulevant la muqueuse à la manière d'un néoplasme, la décolle sur une certaine partie de son étendue.

Marche. Durée. Pronostic. — L'inversion de la vessie et le prolapsus de sa muqueuse ont une marche progressive, mais cependant assez lente. L'abbesse de Percy supporta longtemps son infirmité avant de s'en plaindre, elle vécut bien des années sans la voir s'aggraver. Parfois, quand l'affection est de date récente, qu'il s'agit de ce que Pousson appelle une hernie aiguë de la vessie à travers l'urèthre, les choses se rétablissent d'elles-mêmes.

Dans les cas d'inversion, la plus grave complication est la gangrène de la vessie ; dans les cas de prolapsus muqueux, l'infection urinaire est surtout à craindre.

On ne peut en rien prévoir la durée probable de l'affection.

Le pronostic a été surtout assombri par les erreurs de diagnostic qui se sont fréquemment produites. La malade de Levret fut emportée à la suite d'une taille qui lui fut faite pour la délivrer d'un calcul imaginaire. Le pronostic tend à devenir moins sévère à mesure que le diagnostic devient plus facile, grâce aux moyens d'exploration que nous possédons aujourd'hui.

Une erreur, même du genre de celle de Levret, aurait maintenant grâce à l'antisepsie des suites moins fâcheuses.

La hernie, une fois bien diagnostiquée, l'intervention sanglante n'est plus à craindre; les accidents d'infection uri-

naire qui se sont autrefois produits peuvent être facilement évités.

Soignés de bonne heure, les déplacements de la vessie sont une affection assez bénigne, dont les troubles fonctionnels peuvent être bien atténués, et si le pronostic en est grave, c'est que le diagnostic peut quelquefois être mal fait.

Diagnostic. — On voit donc quelle est l'importance du diagnostic. Il faut d'autant plus s'y appliquer, qu'il est parfois difficile. On pourrait d'abord confondre avec le déplacement de la vessie, la cystite, la contracture du col et du corps de la vessie. Suivant Patron, le diagnostic ne pourrait se faire que par exclusion des autres affections qui présentent des symptômes analogues aux hernies de la vessie.

Les maladies qu'on a le plus souvent diagnostiquées à la place d'une inversion vésicale, sont les calculs enchatonnés, enkystés et les tumeurs. Les kystes simples, les kystes hydatiques, les tumeurs dermoïdes, pourraient aussi prêter à la confusion. L'extrême rareté de ces affections nous autorise à ne pas insister sur les symptômes qui permettent d'en faire le diagnostic.

Foubert, Rutty, dont nous avons rapporté les observations avaient diagnostiqué chez leurs malades une pierre enchatonnée. Levret, certain de son diagnostic, pratiqua la taille, et l'on connaît les suites fâcheuses de son intervention.

L'erreur, on doit le dire, était permise, En effet, les calculs enchatonnés ne produisent pas d'hématurie; l'explorateur métallique donne un son mat, comme lorsqu'il frappe sur le relief formé par une inversion vésicale. Tout au plus, une main très exercée pourrait elle percevoir cette vague sensation, fournie à la fois par le toucher et par l'ouïe, que fourni-

rait le choc d'une bille enveloppée dans un morceau de cuir. L'exploration digitale peut, sans doute, nous donner chez la femme de meilleurs résultats, mais on ne doit pas y recourir de prime abord. C'est une ressource qu'on n'a pas chez l'homme, à moins qu'on ne veuille courir les quelques dangers de l'ouvèrture de la vessie par l'hypogastre.

Il est heureusement quelques signes qui, permettent de reconnaître dans bien des cas, si l'on a affaire ou non à un déplacement de la vessie.

C'est tout d'abord, l'énorme soulagement du malade atteint d'inversion quand il prend certaines positions. La disparition quelquefois spontanée du cône d'invagination qu'on ne peut retrouver est aussi un signe d'une certaine valeur.

Dans quelques cas douteux, on pourrait chercher à éclairer le diagnostic en ordonnant un purgatif; dans le cas de Foubert et de Rutty, ne s'agissait-il pas d'une inversion produite par une anse intestinale remplie de matières fécales.

Le cathétérisme. la cystoscopie, lorsqu'elle est bien pratiquée, le toucher rectal, la palpation hypogastrique, les hématuries, les circonstances dans lesquelles elles surviennent suffisent à reconnaître le néoplasme de la vessie.

Cependant si tous ces symptômes ne suffisaient pas, on pourrait chercher, à l'aide d'une sonde métallique, à réduire le relief sur lequel on a des doutes. Le néoplasme persiste, l'inversion peut se réduire.

Il est évident qu'on ne peut hésiter entre un néoplasme, un calcul et un déplacement vésical, que s'il s'agit d'une inversion ou d'un prolapsus incomplet.

Quand l'inversion ou le prolapsus vient faire saillie à l'extérieur, on voit qu'il ne s'agit ni d'une pirerre ni d'un néoplasme. Il faut alors se demander si l'sn n'est pas en présence

d'un polype de l'urèthre. Si c'est une tumeur d'origine vésicale, est-on en présence d'une inversion complète de la vessie ou d'une hernie de la muqueuse seulement?

Voilà les quelques points qu'il nous reste à examiner si le pédicule de la tumeur qui vient se montrer au méat, peut être circonscrit avec un stylet introduit entre les parois de l'urèthre et le pédicule, c'est que la tumeur vient s'implanter dans la vessie. Sans cela, on le conçoit, le pédicule arrêterait le stylet, au niveau de son point d'implantation. On pourra, si la tumeur vient s'implanter dans la vessie, déterminer son point d'implantation en recherchant l'endroit où le stylet est arrêté dans sa course. Le volume des polypes de l'urèthre est généralement petit et ne varie pas. Ils siègent le plus souvent à la paroi inférieure du canal.

Il est plus facile de prendre pour un prolapsus de la muqueuse vésicale, ce qui n'est en réalité qu'un prolapsus de la muqueuse uréthrale. Il suffit de connaître la possibilité d'une pareille erreur pour être sûr de l'éviter. En effet, le prolapsus de la muqueuse uréthrale forme « une tumeur qui fait pour ainsi dire partie du méat, de sorte qu'il est impossible d'introduire un stylet entre elle et le méat lui-même; en outre, au centre de la tumeur, se trouve un orifice, l'orifice du canal » (1).

Quand le diagnostic de hernie vésicale est posé, il reste à se demander si l'on est en présence d'une inversion de la vessie, ou d'un prolapsus de sa muqueuse.

L'inversion constitue une tumeur à parois épaisses composées des trois tuniques de la vessie. Le pédicule est large et court. Le prolapsus de la muqueuse a l'aspect d'une poche

(1) F. Villar. — Du prolapsus de la muqueuse uréthrale par l'orifice du méat chez la femme, *France Médicale;* Paris, 1888.

mince, demi-transparente, alors que la tumeur est opaque dans l'inversion. L'une contient un liquide, de l'urine, l'autre contient généralement un repli du péritoine ou un peu de liquide péritonéal. La première, peu malléable, se réduit d'un seul coup; la seconde, dépressible, se laissant aisément vider de son contenu liquide, se ride, se fane, et il est plus facile de la réduire. La ponction exploratrice vient encore aider au diagnostic. Enfin, on pourrait injecter dans la tumeur, un liquide coloré, antiseptique, qui suivant le cas se mélangerait à l'urine de la vessie ou disparaîtrait dans le péritoine.

Traitement. — La première indication est de soulager le malade, d'atténuer les gênes parfois considérables qu'il éprouve en urinant, d'obvier par le cathétérisme à la rétention d'urine; de combattre enfin l'inflammation de la vessie et les phénomènes douloureux qu'elle occasionne.

Les tisanes, les bains chauds, les frictions avec l'onguent narcotique, les liniments (chloroforme, jusquiame), les lavements, les suppositoires à la belladone, seront conseillés avec avantage au début de l'affection.

Dans un grand nombre de cas, la réduction de la tumeur, son maintien à l'aide d'une sonde, suffisent à soulager le malade, quelquefois même ce traitement a suffi pour amener une guérison définitive. La réduction d'une hernie vésicale doit se faire comme la réduction des hernies ordinaires. Le malade doit être préalablement couché sur le dos, le siège un peu élevé et les épaules basses. Le chloroforme est parfois nécessaire. La tumeur une fois réduite peut être maintenue en place à l'aide de sondes élastiques, par exemple.

Quand ces moyens ne suffisent pas, et que la hernie se reproduit sans cesse, il faut se décider à une intervention plus sérieuse.

Lowe a obtenu de bons résultats en cautérisant le canal de l'urèthre ; celui-ci plus étroit ne permettait plus l'issue de la hernie.

Jusqu'à présent, on n'a pas eu encore l'occasion d'intervenir dans un cas d'inversion complète de la vessie. Le meilleur moyen serait de tenter la cure radicale par l'ablation de la tumeur. L'excision de la tumeur serait faite à la base du pédicule. Mais comme le péritoine se trouve dans ces cas insinué au milieu du cône d'invagination, il serait prudent de suivre la conduite du professeur Pousson qui, pour plus de précaution, empêcha la possibilité d'une ouverture du péritoine, en accolant ses parois par une série de fils. On pourrait, quand le pédicule est mince, comprendre les parois dans une ligature en masse.

Un autre procédé, que Pousson eut d'abord l'intention de mettre en pratique, consisterait à invaginer en elle-même la tumeur, au lieu de la réséquer. Tout danger d'infiltration d'urine est ainsi écarté. Pour hâter l'accolement des deux parois de la tumeur ainsi retournée, il serait utile d'aviver le pourtour de sa base en disséquant tout autour de la muqueuse vésicale. Une suture au catgut réunirait les parties cruentées qu'on aurait mises au contact.

L'ablation totale de la vessie et l'abouchement des uretères dans le côlon serait peut-être le seul moyen de remédier au renversement complet de la vessie qu'ont observé Meckel et de Haen. Les dangers d'une pareille intervention, en dépit des progrès de la chirurgie, empêchent de la proposer comme un véritable moyen thérapeutique.

Quand il s'agit d'un simple prolapsus de la muqueuse à travers l'urèthre, l'excision simple suffit. Patron préféra, dans un cas de ce genre, amener la mortification des tissus, en portant sur le point d'implantation du pédicule un nœud très

serré. Patron avait auparavant ponctionné la tumeur avec un petit trocart. La tumeur, une fois liée, fut repoussée dans la vessie, et le neuvième jour le pédicule mortifié pouvait être extrait.

On aurait eu, nous le croyons, autant d'avantage à exciser la tumeur au-dessus du pédicule qu'à attendre sa mortification.

Les divers moyens thérapeutiques que nous venons d'examiner n'ont pas été assez souvent employés pour qu'on puisse apprécier exactement leur valeur respective. Nous devions donc nous borner à les énumérer et à signaler les dangers qui sont à craindre, toutes les fois qu'il s'agit d'intervenir à propos d'une hernie vésicale quelconque.

Bordeaux, le 18 juin 1895.

Vu, bon à imprimer :
Le Président de la Thèse,
Dr PIÉCHAUD.

Vu : *Le Doyen,*
A. PITRES.

Vu et permis d'imprimer :
Bordeaux, le 18 juin 1895,
Le Recteur :
A. COUAT.

Bordeaux. — Imprimerie du MIDI, 91, rue Porte-Dijeaux.